



Formulário B Solicitação Responsabilidade/Assistência Técnica						____/____/____ Atendimento nº _____ Protocolo nº _____ PJ _____ Local _____ Funcionário _____																																																																																																																									
Dados do PROFISSIONAL						Nº do CRF-RS: _____																																																																																																																									
Nome: _____						CPF: _____																																																																																																																									
Dados do ESTABELECIMENTO						Nº do CRF-RS: _____																																																																																																																									
Razão Social: _____						CNPJ: _____																																																																																																																									
Endereço: _____						Nº: _____			Compl.: _____																																																																																																																						
Bairro: _____				Município: _____																																																																																																																											
E-mail: _____																																																																																																																															
REQUERIMENTO de: <input type="checkbox"/> Responsabilidade Técnica <input type="checkbox"/> Assistência Técnica																																																																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Dias</th> <th colspan="6">Horário de Funcionamento do ESTABELECIMENTO</th> <th colspan="6">Horário do FARMACÊUTICO*</th> </tr> <tr> <th>Entrada</th> <th>Saída</th> <th>Entrada</th> <th>Saída</th> <th>Entrada</th> <th>Saída</th> <th>Entrada</th> <th>Saída</th> <th>Entrada</th> <th>Saída</th> <th>Entrada</th> <th>Saída</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Segunda</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Terça</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Quarta</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Quinta</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Sexta</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Sábado</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Domingo</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>												Dias	Horário de Funcionamento do ESTABELECIMENTO						Horário do FARMACÊUTICO*						Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Segunda													Terça													Quarta													Quinta													Sexta													Sábado													Domingo												
Dias	Horário de Funcionamento do ESTABELECIMENTO						Horário do FARMACÊUTICO*																																																																																																																								
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída																																																																																																																			
Segunda																																																																																																																															
Terça																																																																																																																															
Quarta																																																																																																																															
Quinta																																																																																																																															
Sexta																																																																																																																															
Sábado																																																																																																																															
Domingo																																																																																																																															
* Havendo assistência farmacêutica em regime de escala ou plantões, deverá ser anexada a esse formulário uma declaração assinada pelos farmacêuticos partícipes dessa escala, citando seus horários e dias de efetivo expediente.																																																																																																																															
Campo OBRIGATÓRIO para Drogeria ou Farmácia. A pessoa jurídica declara que: não é associada a ABCFarma. é associada a ABCFarma (necessário anexar comprovação da associação a ABCFARMA), e não solicita a expedição da certidão de regularidade. é associada a ABCFarma (necessário anexar comprovação da associação a ABCFARMA), mas solicita a expedição da certidão de regularidade, uma vez que é de interesse da empresa a obtenção da referida certidão, declarando ter plena ciência e renunciando aos efeitos da decisão proferida no processo nº 17898-55.2014.4.01.3400, em relação ao presente e futuros pedidos de expedição de CRT.																																																																																																																															

Estão cientes de que a função de Farmacêutico e a Responsabilidade / Assistência Técnica são indelegáveis e caracterizam-se, além da aplicação de conhecimentos técnicos, completa autonomia técnico-científica, conduta elevada que se enquadre dentro dos padrões éticos que norteiam a profissão, e atendimento como parte diretamente responsável perante as autoridades sanitárias e profissionais. A omissão ou declaração falsa no presente documento sujeitará a ação criminal pelo crime de falsidade ideológica, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro (Resolução CFF 648/17).

Se houver alguma pendência, será enviada mensagem para o e-mail cadastrado pela empresa junto ao CRF/RS. Se, após 15 dias do envio, ainda houver alguma pendência, o protocolo será arquivado.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Representante Legal do Estabelecimento

Assinatura do Farmacêutico

Obs.: a assinatura deverá ser autenticada em uma das seguintes modalidades: anexar cópia de documento de identidade oficial com foto (RG, CNH, etc.), autenticar em cartório ou apostar assinatura na presença de um atendente CRF-RS.





DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES

Não exerço qualquer outra atividade além daquelas onde já consto na Certidão de Regularidade do CRF-RS

Exerço atividade no(s) seguinte(s) local(is):

Razão Social: _____

Registro no CRF/RS (caso tenha) : _____ CNPJ: _____

Endereço : (Rua/ Av) _____ Nº _____ Complemento : _____

Bairro : _____ Município: _____ CEP: _____

Cargo/ Função: _____

Horário de trabalho: _____

Razão Social: _____

Registro no CRF/RS (caso tenha) : _____ CNPJ: _____

Endereço : (Rua/ Av) _____ Nº _____ Complemento : _____

Bairro : _____ Município: _____ CEP: _____

Cargo/ Função: _____

Horário de trabalho: _____

O farmacêutico requerente DECLARA que:

- Está ciente de que o cumprimento da assistência farmacêutica nos horários declarados é condição de regularidade aos dispositivos legais e regulamentares da Profissão;
- Prestará efetiva assistência técnica ao estabelecimento do qual possui a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF/RS de acordo com o que dispõe a legislação profissional em vigor e fica ciente de que incorrerá em infração aos dispositivos legais e regulamentares se não prestar assistência ao estabelecimento no horário descrito nesta Solicitação;
- Não receberei salário inferior ao regulamentar pelos serviços técnicos profissionais;
- Em caso de ausência, comunicarei ao CRF/RS o afastamento dentro do acesso restrito, até 12 horas antes da ausência (Resolução CFF nº 596/14);
- Tenho ciência que **havendo desligamento** da responsabilidade/assistência técnica, essa **baixa deverá ser protocolada junto ao CRF-RS**, sob pena de responsabilização ético-profissional (Resolução CFF 648/17). Licenças superiores há 30 dias também devem ser protocoladas junto ao CRF-RS.

Assinatura do Farmacêutico

DECLARAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE PERMANECEM NA EMPRESA SEM ALTERAÇÕES DE DADOS

(Profissional que já consta como responsável ou assistente técnico)

Declaramos, sob pena das sanções cíveis, administrativas e criminais cabíveis, que os horários e hierarquias dos profissionais citados abaixo, **permanecem inalterados**, conforme declarados na última solicitação, do qual assumiram a **responsabilidade ou assistência técnica** e demais compromissos para com o CRF/RS, de acordo com o que dispõe a Lei 3.820/60, Decreto 85878/81, Código de Ética da profissão farmacêutica, bem como da legislação sanitária vigente.

- 1 - Nome completo: _____ CRF-RS: _____ Assinatura: _____
- 2 - Nome completo: _____ CRF-RS: _____ Assinatura: _____
- 3 - Nome completo: _____ CRF-RS: _____ Assinatura: _____
- 4 - Nome completo: _____ CRF-RS: _____ Assinatura: _____
- 5 - Nome completo: _____ CRF-RS: _____ Assinatura: _____
- 6 - Nome completo: _____ CRF-RS: _____ Assinatura: _____
- 7 - Nome completo: _____ CRF-RS: _____ Assinatura: _____
- 8 - Nome completo: _____ CRF-RS: _____ Assinatura: _____
- 9 - Nome completo: _____ CRF-RS: _____ Assinatura: _____
- 10 - Nome completo: _____ CRF-RS: _____ Assinatura: _____

*Havendo alteração de horário de funcionamento da empresa, todos os profissionais que já constam como responsável ou assistente técnico precisam enviar o formulário B.

**Caso o farmacêutico, que já conste como responsável ou assistente técnico, altere dados de horários ou hierarquia, deverá encaminhar o seu formulário B.

Forma de retirada da Certidão de Regularidade Técnica

Impressa no link <https://farmasis.com.br/cr>, disponível imediatamente após o deferimento.

Enviar via postal

Encaminhar para retirada na:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sede (Porto Alegre) | <input type="checkbox"/> Seccional Caxias do Sul |
| <input type="checkbox"/> Seccional Lajeado | <input type="checkbox"/> Seccional Passo Fundo |
| <input type="checkbox"/> Seccional Santa Maria | <input type="checkbox"/> Seccional Santo Ângelo |
| | <input type="checkbox"/> Seccional Uruguaiana |